

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE N° 461

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 juin 1899 à 1 heure

Par Louis CANTIN

Né à Humbligny (Cher) le 22 avril 1867.

RELACHEMENT

DES

SYMPHYSES ET ARTHRALGIES PELVIENNES

D'ORIGINE GRAVIDIQUE

Président : M. BUDIN, professeur.

*Juges : MM. PANAS, professeur.
RICHELOT et WALLICH, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

461

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 juin 1899 à 1 heure

Par Louis CANTIN

Né à Humbligny (Cher) le 22 avril 1867.

RELACHEMENT

DES

SYMPHYSES ET ARTHRALGIES PELVIENNES

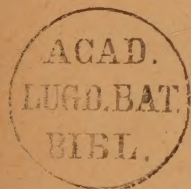
D'ORIGINE GRAVIDIQUE

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : { MM. PANAS, professeur.

RICHELÔT et WALLICH, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Relâchement
DES
SYMPHYSES ET ARTHRALGIES PELVIENNES
D'ORIGINE GRAVIDIQUE

AVANT-PROPOS

« De toutes les maladies des femmes enceintes, disent MM. Tarnier et Budin, dans leur *Traité de l'art des accouchements*, il n'en est aucune plus commune, ni de plus communément ignorée que le relâchement des symphyses au cours de la grossesse ou après elle. »

Ayant entendu citer cette phrase par M. le professeur agrégé Bonnaire, dans une de ses cliniques à l'hôpital Lariboisière, nous résolûmes de consacrer à cette étude un court travail, espérant apporter quelques données nouvelles aux connaissances actuelles.

Notre tâche nous a été légère, grâce à la grande obligeance de notre maître, M. le professeur agrégé Bon-

naire; c'est lui qui nous a guidé dans notre étude, qui nous a fourni les principaux matériaux, qui nous a donné le thème et le plan de notre thèse.

Pour cela et surtout pour tout son enseignement si dévoué, dont nous avons été admis à profiter pendant cinq mois, nous le prions d'accepter l'hommage de notre vive gratitude.

En outre, nous sommes heureux d'obéir à un devoir consacré par l'usage, et nous tenons à assurer de notre profonde reconnaissance tous nos maîtres des hôpitaux.

Que M. le professeur Potain, que MM. les professeurs agrégés Nélaton et Tuffier dont nous avons suivi les leçons comme stagiaire, veuillent bien agréer l'expression de notre profonde reconnaissance.

Pendant notre internat à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, nous avons eu l'honneur d'être attaché aux services de MM. les docteurs Arqué et Baurieux; nous leur offrons nos sincères remerciements pour toute la sollicitude qu'ils nous ont prodiguée.

M. le professeur Budin a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il daigne agréer l'expression de notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Notre but, dans cette étude, n'est point d'entreprendre toute la pathologie traumatique des articulations intrinsèques du bassin. Nous voulons nous en tenir aux faits cliniques que nous avons observés par nous-même, à la Maternité de Lariboisière. Nous ne traiterons donc pas des ruptures des jointures pelviennes, non plus des vastes suppurations phlegmoneuses, qui frappent parfois à titre de localisations secondaires ou primitives de l'infection puerpérale, les amphiarthroses du pelvis. Nous laisserons également de côté l'étude des complications articulaires éloignées de la symphyséotomie.

A l'heure présente une des questions à l'ordre du jour de la science obstétricale, est la physiologie mécanique des jointures du bassin. Il y a quatre ans, un accoucheur allemand, Walcher, reprenant une des idées appartenant à Mercurius Scipio, à la fin du xvi^e siècle au point de vue empirique, et au professeur Crouzat en 1882 (1), au point de vue expérimental et vraiment scientifique, montrait comment, en portant le corps de la parturiente en position d'hyperextension

1. Crouzat. *Pratique obstétric*, 1882.

forcée, on arrivait à mettre en jeu la mobilité naturelle des pièces du bassin à l'état gravidique, dans le but d'agrandir le détroit supérieur dans le sens sagittal.

Pour embrasser cette étude au point de vue expérimental, il nous eût fallu avoir à notre disposition, un matériel anatomique spécial qui nous a manqué. Nous avons pu néanmoins assister à quelques-unes des recherches et expérimentations pratiquées à ce sujet sur des cadavres de femmes mortes en état puerpéral, par M. Bonnaire. Sans pénétrer plus avant dans la question nous pouvons dire, comme nous l'avons vu, que si la mobilité des symphyses *post partum* n'est pas douteuse, elle n'offre pas au point de vue pratique, toute l'importance qu'a voulu lui attribuer Walcher. Dans les faits qui nous sont passés sous les yeux, c'est à peine, si de la taille périnéale à l'hyperextension forcée, on est arrivé à modifier de 3 millimètres l'étendue du diamètre A. P. du détroit supérieur.

Peu convaincu du rôle providentiel qu'on a cherché à faire jouer à la laxité des articulations pelviennes, tout au moins en ce qui concerne le gain en spaciosité du détroit supérieur, nous n'entrerons pas dans la controverse. Nous nous contenterons d'envisager le relâchement des symphyses pelviennes, en tant que phénomène clinique de la grossesse. Nous en chercherons les causes prédisposantes, la fréquence, les manifestations cliniques ; nous montrerons qu'il constitue parfois, surtout pour les femmes prolétaires, une véritable complication en ce qu'il rend le travail gagnepain presque impraticable ; et nous montrerons que,

en raison de la fréquence des douleurs dont il peut s'accompagner, il tient une grande place et occupe même le rôle prépondérant, dans le cadre séméiologique des douleurs abdomino-pelviennes si communes au cours de la grossesse.

Le but que nous poursuivons, en embrassant cette étude, sera atteint si nous pouvons attirer l'attention de nos lecteurs sur l'importance qu'il y a à explorer régulièrement l'état des symphyses du bassin chez les femmes enceintes, et si nous arrivons à leur persuader que cette étude doit constituer un temps non négligeable de l'examen obstétrical clinique.

Historique. — Les anciens accoucheurs connaissaient le relâchement des articulations du bassin, l'écartement des os qui le composent ; mais ils pensaient que c'était là un phénomène naturel et nécessaire, sans lequel l'accouchement était impossible. Ils avaient constaté ce fait chez certains animaux, particulièrement chez les cobayes et les taupes, et ils en avaient conclu que chez la femme il devait en être de même. Ils admettaient, à tort nous le verrons, que ce relâchement ne se produit que pendant l'accouchement, au cours même du travail.

Jusqu'aux temps modernes, cette idée de l'ouverture spontanée du bassin, sous l'influence de la poussée fœtale, règne en maîtresse, A. Paré (1) cherche à la rejeter, mais il se laisse convaincre par la célèbre autopsie de la femme pendue dans les suites de cou-

1. A. Paré, *Œuvres revues par Malgaigne*, 1840, t. II¹.

ches, dans laquelle Séverin Pineau put constater un relâchement et un écartement excessifs des pubis ; c'était une anomalie par excès. A. Paré et Séverin Pineau y virent une disposition toute naturelle, seul Dulaurens, à juste raison, n'est pas convaincu.

Cent ans plus tard, Daniel Ludovic (1) étudiait la rupture des symphyses du bassin dans l'accouchement et à un siècle d'intervalle, Baudelocque (2) reprenait la question du relâchement et de la rupture.

De nos jours, les travaux du professeur Budin (3), de Phœnomenow (4), R. Braun (5), Bonnaire (6) Rudeaux entre autres auteurs, ont mis très explicitement la question à jour en décrivant les ruptures symphysaires *in partu*.

Zaglas, Duncan, Ballantyne, au point de vue anatomique, Phœnomenow, Korsch, (7), Tarnier, Potocki aux points de vue physiologique et expérimental, le professeur Budin (8) au point de vue de la recherche clinique, à nous en tenir aux principaux travaux contemporains, se sont tout spécialement attachés à l'étude du jeu des jointures pelviennes chez la femme enceinte.

1. Daniel Ludovic, *De disloc. osf. in partu*, 1670.

2. Baudelocque. *Art. des acc.* 1796, 3^e édition. t. I p. 28.

3. Budin, *obst. et gynéc.* p. 377. 1886.

4. Phœnomenow. *Zeitschr. f. Geburt. u. Gynæck.*, 1882, t. VII, p. 254.

5. K. Braun. *Arch. f. Gynæck.*, 1894, t. XLVII, p. 105.

6. Bonnaire, *disjonct. symphys.* (Tarnier et Budin, t. III, p. 898).

7. Korsch. *Zeitschr. für Gêl. u. G.*, Bd. VI, p. 10, 1884.

8. Budin, *loc. cit.*

Anatomie pathologique. — Pendant la grossesse, tous les organes qui concourent à contenir l'œuf, sont le siège d'une hypergénèse de leurs éléments constitutifs. La vascularisation est plus grande, aussi bien dans les os que dans l'ensemble des articulations qui unissent ceux-ci ; les ligaments s'épaississent et deviennent plus lâches. Tous les organes de la zone génitale semblent s'imbiber de sucs qui en amollissent la trame.

Du côté de la symphyse pubienne, les modifications sont les suivantes :

Le fibro-cartilage interosseux augmente notablement de volume, tandis que sa capacité centrale s'agrandit. Normalement il est impossible de sentir la saillie à peine dessinée qu'il forme en arrière du pubis. Dans l'état de gestation au contraire, on arrive facilement à la sentir. Il suffit pour cela d'introduire un doigt recourbé en crochet, la face palmaire appliquée contre la face postérieure des pubis, et d'explorer cette région. On y sent une sorte de vermis mollasse plus ou moins saillant dans l'excavation pelvienne et qui se continue avec le renflement tuméfié du tubercule antérieur du vagin. Les fibres qui composent ce fibro-cartilage sont plus nettes, plus perceptibles et moins serrées aussi que dans l'intervalle des grossesses. En outre, on les trouve imbibées d'une assez grande quantité de fluide séreux qui en diminue la consistance. Rappelons à ce propos que Broca admettait la création d'une véritable cavité synoviale au centre de ce cartilage, au cours de la grossesse. L'aspect du fibro-cartilage dit Tarnier (1)

1. Tarnier. *Traité de l'art des accouchements*, t. 1, p. 238.

ressemble davantage à celui des disques intervertébraux.

Phœnomenow, examinant les divers fibro-cartilages des amphiarthroses du bassin, en particulier chez les femmes à bassin cyphotique dont le relâchement articulaire est porté au summum, a comparé le processus de la modification kystique des fibro-cartilages à une sorte de travail inflammatoire.

A l'autopsie des femmes mortes pendant leur grossesse, on trouve un relâchement des symphyses variables comme étendue, mais constant : Jacquemier dit que chez une de ses autopsiées, il trouva un écartement du pubis de 10 millimètres ; Mme Boivin et Baudelocque ont observé jusqu'à 17 millimètres.

Nous avons pu constater cette mobilité sur le cadavre puerpéral, mais jamais portée au degré indiqué par ces auteurs.

Quant aux symphyses sacro-iliaques, les changements qui s'y produisent sont beaucoup moins appréciables ; cependant ils existent. Le tissu interarticulaire, les ligaments périphériques (2) deviennent humides et souples. Mais ici, le jeu articulaire ne se traduit pas par un écartement comme au niveau des pubis. Il y a simple exagération dans la facilité avec laquelle le sacrum peut exécuter les mouvements de nutation (Duncan) entre les deux os des îles. C'est ce mouvement de bascule de la base du sacrum, en arrière, facilité par les modifications gravidiques, qu'escompte Wal-

1. Tarnier. *Traité de l'art des accouchements*, t. 1, p. 238.

cher, en cherchant à agrandir l'entrée du pubis par la position en hyperextension.

Cet état de ramollissement s'observe dès le quatrième mois de la gestation, et va en augmentant jusqu'à la fin du neuvième mois ; il acquiert son maximum pendant l'accouchement.

Dans les suites de couches, les os du bassin et leurs articulations subissent un travail de régression analogue à celui de l'utérus ; ils ont aussi leur involution ; la tonicité leur revient ; ils se débarrassent de la sérosité qui les encombrait, puis reprennent leur constitution normale en même temps que finit l'état puerpéral.

Fréquence. — Disons d'abord qu'on doit considérer comme physiologique un certain degré de relâchement qu'on a évalué à environ un millimètre. C'est celui qu'on trouve chez la presque totalité des femmes enceintes ; pas chez toutes cependant, car nous avons rencontré dix fois la symphyse pubienne complètement immobile, c'est-à-dire dans la proportion de 2 0/0.

M. Bonnaire a bien voulu mettre à notre disposition la riche statistique qu'il a pu recueillir lors de son séjour à l'asile Michelet, comme médecin en chef. Il a examiné personnellement une série de cinq cents femmes au point de vue de la mobilité des os du bassin dans les trois derniers mois de la grossesse.

Dans ce travail nous avons relevé, sur cinq cents femmes examinées, 408 fois le relâchement physiologique. La mobilité de un millimètre est de beaucoup la plus fréquente 80,4 0/0 celle de plus de un millimètre, 82 fois ou 16,4 0/0.

Au-delà de trois millimètres, elle ne figure pas dans les cinq cents cas observés ; nous l'avons rencontrée néanmoins quelquefois ailleurs, mais elle est fort rare et peut être considérée comme exceptionnelle.

Ne doit être considéré comme physiologique que le relâchement qui n'entraîne aucune gêne dans la marche, ni aucune douleur. Qu'au contraire, le relâchement soit douloureux, que la mobilité de l'articulation pubienne devienne excessive, et qu'au lieu d'être de un millimètre, elle soit de deux, trois et même quatre millimètres, les fonctions naturelles de la femme sont entravées ; le relâchement était physiologique, il est devenu pathologique.

Il n'y a pas de relation constante entre le degré du relâchement et celui de la douleur. Ainsi, cette dernière peut exister avec un relâchement minime, comme elle peut accompagner un relâchement beaucoup plus considérable, trois et quatre millimètres. Par contre, chez certaines femmes dont les pubis oscillent comme des battants de porte, ceux-ci demeurent cependant indolores.

Il n'est donc pas nécessaire de constater l'existence de la douleur pour affirmer l'anomalie des symphyses pelviennes. Les troubles de la marche, de la station debout et assise, l'impotence fonctionnelle sont aussi consécutifs à une mobilité indolore de deux, trois et quatre millimètres : Dans ces cas encore il y a relâchement pathologique.

Causes. — On a invoqué nombre de causes pour expliquer le relâchement des symphyses : la constitution

affaiblie, le rachitisme, les états cachectiques, la misère physiologique. Morgagni depuis longtemps les a réfutées.

Il existe d'autres motifs qu'on retrouve fréquemment dans l'histoire des femmes qui présentent cet état pathologique. On a cité, et nous avons pu constater dans beaucoup de cas, la justesse de ces raisons : l'extrême jeunesse, l'âge avancé, la primiparité, la multiparité, le développement exagéré de l'utérus par les grossesses gémellaires, l'hydramnios, l'excès de volume du fœtus, l'exercice immodérée, la marche ou la station debout prolongées.

Le relâchement est pour ainsi dire constant dans les bassins cyphotiques ; en ce cas du reste, il est véritablement providentiel.

Il nous paraît évident, d'après nos recherches personnelles, que tous ces motifs ont une réelle valeur, variable d'ailleurs suivant leur nature.

Ainsi l'arthritisme existait, soit dans les antécédents héréditaires, soit dans les antécédents personnels, dans nos observations numéros 1, 2, 6 et 7 ; il s'était manifesté par des douleurs névralgiques.

Il nous a été impossible d'établir la proportion des relâchements symphysaires d'après la profession des femmes ; il eût fallu pouvoir contrôler celle-ci pour avoir des données exactes, car on sait combien il est fréquent de voir celles qui se présentent à notre examen, fournir sciemment à nous des renseignements erronés sur leur manière de vivre. Néanmoins, il nous a semblé que les professions qui exigent des efforts

continuels, des mouvements énergiques et répétés, telles que : blanchisseuses, mécaniciennes (nous en avons deux observations), porteuses de pain, bonnes à tout faire, y prédisposent singulièrement.

Il en est à peu près de même, toutefois à un degré moindre, des employées de magasin et des domestiques. Mais encore pour tirer une conclusion dans ces deux dernières catégories, faudrait-il savoir quelle somme de travail est fournie, et quelle est au juste la nature de ce travail. Il y a des domestiques et des employées de magasin qui ont peu de fatigue, tandis que des femmes qui disent ne faire que leur ménage, se livrent à un labeur considérable.

Un genre de renseignements que nous aurions souhaité trouver dans la statistique de M. Bonnaire, a trait à l'influence de la marche dans les escaliers. Il n'est pas déraisonnable d'admettre, étant donnés l'effort et la secousse que l'ascension des marches d'un escalier impriment aux jointures pelviennes, que le soulèvement alternatif des deux membres, expose beaucoup plus au relâchement que la déambulation en palier.

En interrogeant les malades qui se sont présentées à nous à la consultation de Lariboisière, nous avons vu que la plupart de celles dont la jointure pubienne était mobile et douloureuse, habitaient des étages élevés. Nous eussions voulu demander à la statistique dont nous avons fait usage, des renseignements au sujet de la hauteur de l'habitat des femmes. *A priori*, nous admettons que l'ascension répétée et prolongée des escaliers doit prédisposer puissamment au relâchement.

Nous sortons de l'hypothèse en envisageant le rôle de la pluri et surtout de la multiparité.

Ainsi nous avons trouvé sur les 500 femmes de la statistique de Michelet :

Mobilité de 1 millim. sur 280 primipares 255 fois

— de 1 à 3 millim. — 26 —

Mobilité de 1 millim. sur 173 pluripares 124 —

— de 1 à 3 millim. — 37 —

Mobilité de 1 millim. sur 47 multipares 29 —

— de 1 à 3 millim. — 19 —

c'est-à-dire, avec un relâchement de 1 millimètre environ, le pourcentage est de :

Chez les primipares. . . . 91 0/0

— pluripares. . . . 71, 6 0/0

— multipares. . . . 61, 7 0/0

tandis qu'avec un relâchement supérieur à 1 millimètre, le pourcentage donne :

Chez les primipares. . . . 9,28 0/0

— pluripares. . . . 21,38 0/0

— multipares. . . . 40 0/0

Il ressort de ces chiffres que le relâchement est de un millimètre d'autant plus souvent que la femme a eu moins de grossesses. Il est en raison inverse de la parité.

Le relâchement de plus d'un millimètre se rencontre surtout chez les femmes qui ont beaucoup accouché. Il augmente avec la parité et est en raison directe avec elle.

Arthralgies chroniques. — La persistance du relâchement symphysaire n'est pas le seul reliquat patho-

logique à distance laissé par les modifications gravidiques que nous venons d'envisager. Il peut arriver que les arthralgies pelviennes persistent à l'état chronique, ou même s'accroissent dès que la femme a repris l'usage de la marche après ses couches.

Une de ces arthralgies, liée en propre au traumatisme physiologique de l'accouchement, consiste en la coccygodynie.

Nous avons systématiquement laissé de côté l'étude des modifications des petites articulations sacro-coccygiennes et médio-coccygiennes. Nous ne ferons donc que mentionner cette variété d'arthralgie ; mais il est assez commun de voir la douleur frapper les articulations sacro-iliaques et la jointure pubienne, en même temps que la région coccygienne, et fait remarquable, bien que cette douleur s'accompagne en général d'un certain degré de mobilité, l'arthralgie est beaucoup plus accusée que ne semblerait devoir l'indiquer la légère mobilité.

Ces arthralgies, étudiées en particulier par M. Cubertafoü (1), dans une thèse inspirée par M. Bonnaire, nous les avons personnellement observées ainsi que le montre notre observation n° 1. Elles sont tenaces (4 ans 1/2 dans notre cas), très pénibles et condamnent la femme au repos forcé. La douleur est nettement localisée aux points que nous avons indiqués plus haut.

Cette persistance de l'arthralgie, même plusieurs

1. Cubertafoü. *Polyarthr. pelv. dans la puerpéralité*, Th. Paris, 1894-1895.

années après l'accouchement, est sous la dépendance de la diathèse rhumatismale. Elle peut également reconnaître pour cause une infection gonorrhéique ; elle constitue une variété de rhumatisme génital chronique. Cette forme est la plus douloureuse et la plus difficile à traiter. Ainsi la femme P..., qui fait l'objet de notre première observation, a traîné pendant plus de 4 ans, sa douleur sacro-coccygienne sans qu'on parvienne à l'en débarrasser complètement. Les pointes de feu qui lui étaient faites périodiquement sur la région douloureuse, la soulagèrent mais n'amènèrent pas la guérison totale.

Symptomatologie. — Les symptômes sont loin d'être en rapport avec l'étendue du relâchement. Il semble qu'à celui-ci, il vienne s'ajouter un certain degré d'inflammation douloureuse. Nous avons pu constater et relever, ainsi que nous le disions plus haut, que le maximum de douleur paraît plutôt s'associer à un relâchement qui ne dépasse pas les limites physiologiques.

Indépendamment des symptômes fonctionnels, il n'y a parfois que la douleur d'appréciable, nous parlons pour la symphyse pubienne, car elle constitue le seul signe appréciable pour les symphyses sacro-iliaques. Ce caractère n'existe pas dans tous les cas ; il en est où se rencontrent à la fois douleur et relâchement étendu. Quoiqu'il en soit, les symptômes les plus fréquemment observés sont les suivants :

Difficulté des mouvements des membres inférieurs.

— Les malades disent que depuis plus ou moins long-

temps, le plus souvent à partir du sixième ou septième mois de leur grossesse, quelquefois bien que plus rarement, à partir du troisième ou quatrième mois, elles se fatiguent plus vite, elles se tiennent moins aisément debout ou assises. Assises, elles font un effort douloureux pour se relever de leur chaise ou de leur fauteuil ; couchées, il leur est tout aussi difficile de s'asseoir. Cela leur est particulièrement pénible le matin au réveil, lorsqu'elles veulent s'asseoir sur leur lit avant d'en descendre. Non seulement elles ne peuvent sauter à cloche-pied, mais si elles sont debout devant l'observateur, que celui-ci leur commande de se tenir sur un pied, aussitôt il les verra fléchir, ou bien, pour éviter une chute, elles reposeront aussitôt sur le sol le pied qui vient d'être soulevé. Parfois cependant, elles se tiennent debout, mais appuyées surtout sur un des membres inférieurs comme on le voit au début de la coxalgie tuberculeuse, et le membre sur lequel elles reposent correspond à l'articulation sacro-iliaque restée saine.

Mais c'est surtout dans la marche que se révèlent les signes les plus frappants. Outre la difficulté que les malades ont à marcher quelque temps, elles ont une démarche de palmipèdes. Elles vont comme le canard (Séverin Pineau), en rejetant alternativement le corps d'un côté et de l'autre.

Les choses peuvent aller beaucoup plus loin et Tarnier cite des femmes qui ne pouvaient faire quelques pas dans leur chambre, qu'en maintenant leur bassin avec leurs deux mains qu'elles y appliquaient étroitement.

tement, l'enserrant comme pour l'empêcher de se disloquer. Ces malades sont obligées pour avancer, de s'appuyer aux murs, de s'accrocher à tous les meubles qu'elles rencontrent sur leur passage, ou bien elles ont recours à des béquilles. Il leur semble que leur tronc va s'enfoncer entre leurs hanches, qu'elles vont s'écrouler, qu'elles descendent entre leurs cuisses ; quand elles veulent se tourner dans leur lit, elles ont l'illusion d'être collées aux draps. Enfin, il en est qui ne peuvent remuer de leur lit, qui pendant tout le cours de leur grossesse, restent étendues sur le dos. Encore redoutent-elles tout mouvement imprimé à leur lit ; le roulement des voitures dans la rue et la trépidation qui en résulte, les légères secousses occasionnées par les pas des personnes qui les soignent, les impressionnent douloureusement.

Douleurs. — La plus grande partie des femmes que nous avons eues à examiner venaient consulter au sujet des douleurs qu'elles ressentaient du côté de leur bassin. Elles ne localisaient pas leurs sensations, mais dénonçaient le bas-ventre et les reins comme en étant le siège. Il y avait quelquefois des irradiations vers les membres abdominaux ; assez rarement à ce qu'il nous a semblé, contrairement à l'affirmation de plusieurs auteurs et en particulier de Charpentier. On trouverait dans les cuisses de l'engourdissement, des picotements, des fourmillements.

Les trois symphyses du bassin peuvent être douloureuses, mais avec une fréquence variable. Charpentier a dit que les douleurs sont toujours plus prononcées

aux articulations sacro-iliaques. Nous avons reconnu le contraire, et il suffira de se reporter aux chiffres fournis plus haut, pour se convaincre que c'est à la symphyse pubienne qu'on rencontre le plus fréquemment la douleur.

Sur 500 femmes examinées à la consultation de l'asile Michelet par M. Bonnaire, 77 fois les symphyses ont été trouvées douloureuses, soit 15, 4 0/0. 49 fois il s'agissait de la symphyse pubienne seule, 21 fois des trois symphyses et 7 fois seulement des symphyses sacro-iliaques.

La douleur correspondait, à la symphyse pubienne, à un relâchement n'allant pas au delà de 1 millimètre ; nous l'avons vu 23 fois avec un relâchement de 2 millimètres et 13 fois avec un relâchement de 3 millimètres. Elle accompagnait donc le plus souvent un faible relâchement.

Pour dénoncer la douleur, la femme étant placée dans le décubitus dorsal, ou appuie la pulpe de l'index ou du pouce, d'abord sur les parties latérales du pubis ; si la femme ressent de la douleur et n'en manifeste pas en d'autres points plus éloignés de la symphyse, on peut admettre que l'impression vient des ligaments antérieurs intéressés. Puis on continue vers le milieu du pubis, en plein centre du mont de Vénus, d'abord vers le bord supérieur de l'os. C'est là qu'on doit provoquer le maximum de souffrance, et là seulement qu'on trouvera le signe certain. Au moment de la pression, la femme se plaindra vivement et cherchera à se dérober à l'action du doigt.

On opère de la même façon pour dévoiler la douleur sacro-iliaque ; il n'y a que de légères modifications qui tiennent à la position que l'on doit faire prendre à la femme. Pour explorer la symphyse sacro-iliaque droite, il faut mettre la malade dans le décubitus latéral gauche. On déprime alors les téguments en suivant la crête iliaque du côté correspondant, d'avant en arrière ; on arrive ainsi, à environ deux travers de doigt du milieu du sacrum, sur une ligne osseuse, proéminente, assez perceptible chez les femmes maigres, mais difficile à rencontrer chez les obèses. La pression des doigts exercée dans cette région, détermine de la douleur si on a affaire au cas qui nous occupe. (Bonnaire).

On a encore d'autres moyens de pratiquer l'examen externe, mais ils sont beaucoup plus infidèles.

Il en est un que plusieurs auteurs ont mentionné et dont nous n'avons pu obtenir aucun résultat. Il consiste en mouvements provoqués étendus des membres inférieurs, c'est-à-dire en flexions de la jambe sur la cuisse et flexions de la cuisse sur le bassin.

Il n'en a pas été de même d'une autre méthode, inconstante il est vrai, en ce sens qu'elle ne réussit pas toujours, mais dans l'affirmative elle fournit des preuves indiscutables. La femme étant dans le décubitus latéral, on place les deux paumes sur la fosse iliaque externe, près de la crête iliaque ; on appuie en se penchant en avant, du poids du corps sur le bassin. La force mise en jeu est considérable et ne s'exerce pas brusquement. Il n'y a pas de douleur au point d'appui, mais il arrive que la femme en accuse au niveau de

ses articulations. Dans deux de nos observations, nous avons pu, grâce à ce moyen, reconnaître et affirmer la douleur des symphyses.

Enfin il y en a encore un autre équivalent au précédent. C'est le choc du poing sur le grand trochanter. Il est ainsi possible de déceler la douleur principalement au pubis mais il est dans ce cas, plus difficile d'éviter la douleur locale qui peut seule attirer l'attention de la femme. Ce procédé n'a pas la valeur des précédents.

Pour terminer ce qui a trait à la recherche du symptôme douleur, il nous reste à dire ce qu'on peut obtenir du toucher vaginal, et comment on doit le pratiquer.

D'abord, la simple pression de la pulpe de l'index sur le bord inférieur du pubis, en déprimant en haut l'*arcuatum*, est suffisante pour arracher des plaintes à la malade. Où l'examen devient plus difficile c'est quand on veut explorer la sensibilité des articulations sacro-iliaques. L'introduction d'un doigt dans le vagin est insuffisante; il faut y entrer l'index et le médium, les diriger vers l'un des culs-de-sac latéraux et, passant à côté de l'utérus, aller fouiller dans la direction de l'articulation sacro-iliaque. Il existe un obstacle à l'arrivée du doigt derrière la petite échancrure sacro-sciatique, et il est dû à la présence des nerfs du plexus sacré qui passent comme des arcs tendus en avant des parties postéro-latérales de l'excavation. Les doigts, se déplaçant sur ces cordons nerveux, les font vibrer comme les cordes d'une lyre, et il en résulte forcément une vive douleur, irradiée en bas, que l'on pourrait

croire provenir de l'articulation elle-même. Il est donc de toute nécessité, pour éviter cette cause d'erreur, d'écarter d'abord les nerfs du plexus sacré ou, plus exactement, d'insinuer le médius entre eux et les parties molles qu'ils recouvrent. Ce procédé présente d'assez grandes difficultés pratiques, mais en général, il est possible avec un peu d'exercice, d'en tirer des indications positives sur l'état des articulations sacro-iliaques.

Mobilité anormale. — Depuis longtemps les accoucheurs avaient constaté que les os du bassin étaient, chez certaines femmes, doués d'une mobilité anormale et cela au niveau de l'articulation des pubis ; mais pour mettre ce fait en évidence, ils avaient recours à des manœuvres d'une exécution laborieuse. Ainsi, ils appuyaient successivement sur l'une et l'autre crêtes iliaques, pendant que de leur autre main placée sur le mont de Vénus, ils cherchaient à se rendre compte du phénomène.

L'évaluation de l'étendue du mouvement était souvent impossible et le plus souvent incertaine.

En 1875, M. Budin publia dans le *Progrès Médical* et rappela à l'attention onze ans plus tard dans son ouvrage : *obstétrique et gynécologie*, la description d'un nouveau moyen de reconnaître les mouvements anormaux qui se produisaient dans l'articulation pubienne chez la femme enceinte. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ses propres paroles :

« Pour bien se rendre compte de ce qui se passait, pendant la progression du côté de la symphyse, nous

avons mis en usage un procédé excessivement simple. La femme étant debout, on introduit le doigt dans le vagin et, la pulpe de l'index étant dirigée en haut, exactement appliquée sur le bord inférieur de la symphyse, on fit marcher la malade. A chaque pas on sentait une des branches osseuses qui chevauchait, descendait considérablement et refoulait en bas le doigt ; puis cette branche remontait et c'était elle qui à son tour descendait. La branche qui restait élevée correspondait à la jambe qui, demeurée immobile, servait de soutien au tronc ; la branche qui descendait correspondait au contraire au membre inférieur qui se déplaçait et progressait ».

Dans le même travail, M. Budin ajoute que dans les derniers mois de la grossesse, il existe chez toutes les femmes, une certaine mobilité des pubis. Cette affirmation n'est pas complètement exacte, car chez un certain nombre de femmes grosses on ne peut déceler aucun mouvement de la symphyse pubienne qu'on sent rester immobile, quoi qu'on fasse.

Nous avons rencontré cette immobilité chez 10 sur 500 des femmes, c'est-à-dire 2 0/0.

MM. Giraud et Aulsebrook avaient considéré les bassins rachitiques comme étant le plus souvent le siège d'un relâchement très prononcé, M. Bonnaire admet au contraire, que c'est justement chez les femmes atteintes dans leur enfance par le rachitisme, que la symphyse pubienne est surtout frappée d'immobilité.

Toutefois et d'une façon générale, il est permis, abstraction faite de ces exceptions, d'admettre que chez

la presque totalité des femmes enceintes, il existe à la fin de la grossesse une mobilité anormale dans les articulations pelviennes.

Normalement, nous l'avons dit, cette mobilité ne doit pas être occasionnée par un relâchement de plus de un millimètre. Dans le cas contraire, elle devient pathologique, physiologico-pathologique suivant M. Bonnaire.

82 femmes sur 500 présentaient au niveau de leur symphyse pubienne, une mobilité de plus 1 millimètre, avec ou sans douleur, c'est-à-dire 16, 4 0/0.

Rien de semblable ne se passe chez les femmes qui n'ont jamais été grosses et qui ne le sont pas au moment de l'examen. La grossesse seule peut provoquer la mobilité; l'augmentation de l'utérus d'où qu'elle vienne (fibromes, sarcomes, métrite parenchymateuse) ou l'exagération du poids qu'a à supporter le bassin (kystes de l'ovaire, ascite, tympanisme, etc.), étant inefficaces à la produire.

Jusqu'ici nous n'avons traité que de la mobilité pubienne; elle existe également au niveau des articulations sacro-iliaques, mais elle est moins aisée à dépister.

On a conseillé de saisir à pleines mains les deux crêtes iliaques et de les pousser en sens inverse; ou encore, d'imprimer à la cuisse de grands mouvements sur le bassin; on sentirait alors les os se déplacer. On a fait exécuter les manœuvres par un aide pendant qu'on cherchait à percevoir la mobilité en maintenant la face palmaire de plusieurs doigts en contact avec

les articulations. Or ces moyens sont impraticables.

Quant à son appréciation par l'étendue des mouvements de nutation c'est-à-dire par la mensuration des diamètres promonto-sous-pubien en attitude de la taille, et en position de Walcher, elle n'est guère praticable que sur les bassins rachitiques. L'exploration de ces mouvements restreints à deux ou trois millimètres au plus, les difficultés et l'incertitude de la pelvimétrie digitale dans l'attitude mal commode de Walcher, ne nous permettent pas d'y attacher plus de valeur qu'aux divers modes d'exploration que nous venons de mentionner.

Craquements articulaires. — Ce dernier signe dont il nous reste à parler pour terminer la symptomatologie, est très rare ; pour nous, nous ne l'avons jamais rencontré. Il se produit lorsque la femme, voulant par exemple, se retourner dans son lit, exécute un mouvement brusque. Il est parfois si net et si prononcé que non-seulement la femme, mais encore les assistants peuvent l'entendre. On a recommandé de ne pas le confondre avec celui qui se produit tout-à-coup pendant le travail de l'accouchement et qui succède à la rupture de la symphyse pubienne. L'erreur serait grossière.

Marche. — La marche du relâchement des symphyses est lente. Celui-ci se développe peu à peu à partir du 6^e mois de la grossesse. On a cité quelques cas dans lesquels il avait commencé vers le 2^e ou 3^e mois, mais il pouvait s'agir d'un relâchement qui avait pris naissance à l'occasion des grossesses antérieures.

Il va en progressant jusqu'à l'accouchement qui augmente et lui donne une sorte de coup de fouet. Il se produit pendant le travail de fortes pressions sur les os du bassin, par suite des contractions abdominales ; les muscles de l'abdomen tirent sur leurs points d'insertion et contribuent ainsi à mobiliser les os. Mais la cause la plus énergique provient de l'engagement de la partie fœtale et surtout de la tête qui tend à produire l'écartement de dedans en dehors. Ce phénomène, nous l'avons dit, est absolument normal chez les taupes et les cobayes ; il devient même une nécessité pour que l'accouchement s'effectue.

Il est facile de se rendre compte de l'effet de l'accouchement. On n'a pour cela qu'à appuyer la pulpe de l'index au niveau de la symphyse, soit en avant, en dessous ou en arrière ; on sent les pubis s'écarter notablement et se rapprocher ensuite, quand la contraction utérine a disparu.

Quand le médecin n'a pas examiné la femme avant l'accouchement, ou lorsque rien n'a fixé son attention, il est tout surpris de voir celle à qui il a permis de se lever, ne pouvoir réussir à se tenir debout, et si elle y parvient ne pouvoir marcher. C'est alors qu'il est porté à faire de faux diagnostics, à moins qu'il ne connaisse parfaitement ce qui fait l'objet de notre étude.

Le relâchement dure encore quelque temps après l'accouchement ; les articulations ne recouvrent leur état normal que lorsque l'utérus reprend son volume initial. Chez certaines femmes il persiste plus long-

temps et parfois dure toute la vie, entraînant avec lui une impotence considérable.

Durée. — Si le plus souvent la maladie s'atténue et disparaît totalement vers la fin de l'état puerpéral, il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, et notre observation n° 1 en est un bel exemple. Chez notre malade, quatre ans et demi après son premier accouchement, la solidité de son bassin n'était pas revenue.

Baudelocque, Lenoir, Courty, Robert, Charpentier et bien d'autres, ont cité des cas où l'affection avait duré 9 mois, 18 mois, 2 ans, toute la vie. Une femme de soixante-dix ans, vue par Robert, était condamnée depuis l'âge de vingt ans, époque de son premier accouchement, à ne pas quitter sa chambre ; elle s'y traînait de meuble en meuble.

Diagnostic. — Quand les malades viennent consulter leur médecin, elles disent souffrir dans le bas-ventre, dans les reins, dans les cuisses. Si on leur demande depuis quand, elles font remonter leur douleurs à une date fixe, ou bien elles les attribuent à une congestion, à une inflammation, et le plus souvent à un début d'avortement. En somme, elles font tout ce qu'elles peuvent pour tromper involontairement le médecin. et souvent celui-ci leur fait suivre un traitement pour une affection qu'elles n'ont pas. Tarnier n'enseignait-il pas qu'il n'est pas de maladie plus fréquente ni de plus fréquemment ignorée !

Afin de nous guider dans cette étude, nous distinguerons si la femme est enceinte, si elle vient d'accou-

cher ou s'il y a longtemps qu'elle est devenue mère.

Au cours de la grossesse, si le médecin porte le diagnostic de menace d'avortement, il ordonne le repos complet au lit et des lavements laudanisés. Dans les deux cas il procure du soulagement, et le mieux qui en résulte ne fait que confirmer l'erreur commise. Cependant, la malade n'a pas de contractions utérines douloureuses, et si on met une main au niveau de l'utérus, on ne le sent pas se contracter. Il n'y a eu ni hémorrhagies, ni écoulement de liquide amniotique.

Ne serait-ce pas plutôt une névralgie? Dans ce cas aussi on pourrait être induit en erreur. Explorons donc les branches nerveuses abdomino-génitales et lombo-abdominales, et reconnaissons que le pincement en masse des parois abdominales sur le trajet des nerfs, reste indolore, que la compression de la branche ischio-pubienne, ne détermine aucune douleur. Nous devons alors éliminer la névralgie.

Toutefois, ce diagnostic différentiel ne doit pas être fait à la légère. On doit se souvenir en effet, qu'un des points de la névralgie iliolumbale a pour siège la région médiane des pubis. Mais elle n'occupe que la face cutanée, et non pas la face vaginale de la région.

Cependant il peut y avoir concomitance de relâchement douloureux et de névralgie lombo-abdominale. L'exagération de la douleur causée par la marche, et constatée par le toucher vaginal tandis que la malade marque le pas, éclairera à ce sujet.

Dans le même ordre d'idée, il faut se méfier des manifestations hystériques. C'est ce que montre bien

notre observation n° 5. La femme C... se plaignait de souffrir vivement dans le bas-ventre et dans le dos. Après avoir été sur le point d'attribuer les souffrances à un relâchement douloureux, nous reconnaissons que les symphyses étaient intactes, mais qu'il existait de l'hyperesthésie généralisée, et plus particulièrement sous les seins, vers les ovaires ; que l'état mental était troublé et que la femme avait eu des crises de nerfs. Outre l'hystérie, il y avait une blennorrhagie.

L'ovaralgie spontanée, et provoquée par le palper, dont la fréquence en particulier, à gauche, a été signalée par le Professeur Budin, se reconnaîtra à son siège d'autant plus élevé que la grossesse est elle-même plus avancée ; en outre, la zone douloureuse est très localisée, et ne répond en rien aux régions articulaires.

Il est très commun, quand on explore par le toucher vaginal la région rétro-pubienne d'une femme, enceinte ou non enceinte, de déterminer à la pression une vive douleur qui arrache un cri. Il s'agit là d'une douleur uréthrale, indice certain d'une infection gonorrhéique latente, et dont nous avons pu voir de nombreux exemples aux consultations obstétricales et gynécologiques de la maternité de Lariboisière.

On ne confondra pas cette douleur uréthrale avec celle d'une altération de la symphyse pubienne, en constatant que la douleur fait défaut au palper extérieur du pénil. Du reste, cette douleur rétro-pubienne a son siège maximum au niveau du col de la vessie, c'est-à-dire au-dessus de l'interstice symphysien.

Parfois une femme demande secours en raison de

douleurs irradiées dans toute la région pelvienne. Elle est constipée ; elle urine mal ; si on néglige ces derniers renseignements, on peut croire à une douleur articulaire. On poursuit et on trouve une rétroversion de l'utérus gravide.

Mais de toutes les causes entraînant douleur et gêne dans le bassin, comme d'ailleurs dans tout l'abdomen, la plus commune sans contredit, est la constipation. L'examen des jointures laisse-t-il quelque doute dans l'esprit ? il suffit d'administrer une légère purgation ; la douleur s'en va par l'expulsion des réserves fécales.

Il va de soi, qu'au cours de la grossesse comme en dehors de l'état puerpéral, la douleur pelvienne peut tirer son origine d'anciens processus inflammatoires paramétritiques. Le toucher profond montrera, à défaut des exsudats anciens qui ont pu être assouplis par l'imbibition gravidique, que la douleur a son foyer maximum, non vers la périphérie mais vers le centre de l'aire pelvienne.

L'accouchement est accompli depuis quinze jours, trois semaines et la femme veut se lever, mais elle sent qu'elle n'est pas solide sur les jambes ; son tronc ne trouve plus le point d'appui ordinaire sur le bassin. Bien plus, elle endure des douleurs. Elle pense d'abord que la fatigue de l'accouchement, que le séjour au lit l'ont affaiblie ; mais tout va s'arranger, les choses vont rentrer dans l'ordre. Elle fait de nouveaux essais qui restent infructueux. Les douleurs, mal limitées qui ré-

sident un peu partout dans le bas-ventre, dans les reins, ne font qu'augmenter par l'effort.

C'est alors que le médecin consulté, pense à une involution utérine incomplète ; mais il n'y a pas de métrorrhagie à une congestion utérine, à une métrite puerpérale. Cependant si on mobilise l'utérus entre les deux mains, l'une sur la paroi abdominale, un doigt de l'autre sur le col, la femme n'accuse aucune souffrance, à moins que la pression mal limitée, ne s'exerce en même temps sur la symphyse pubienne, ce qu'il est facile d'éviter.

Il n'est pas rare de voir persister un certain temps des troubles de la marche qui n'ont rien à voir avec un état anormal des symphyses du bassin. Il s'agit dans ces cas, de relâchements fort tenaces parfois, des ligaments, des articulations tibio ou médio-tarsiennes. Le siège de la douleur et l'exploration de toutes les articulations servant à la marche, permettent de faire le diagnostic.

Si maintenant on a affaire à une femme qui est éloignée de son accouchement et qui n'est pas enceinte de nouveau, il est tout aussi aisé de se méprendre. Trousseau (1) n'a-t-il pas mis en garde contre la possibilité de confondre le relâchement avec une maladie de la moelle ?

Il est intéressant de citer l'exemple du professeur Tarnier qui rectifia le diagnostic dans un cas où on avait cru à une métrite. Voici, à ce propos, ce qu'il raconte :

1. Trousseau. *Clin. méd.* 1873, t. III, p. 810.

« Une dame de province vient consulter et fait le récit suivant : Elle avait mis au monde cinq ans auparavant, un premier et unique enfant. L'accouchement très long, s'était terminé par une application de forceps qui avait amené la déchirure complète du périnée. Depuis, elle était restée impotente, pouvait à peine faire quelques pas dans sa chambre en se traînant de meuble en meuble ; elle ressentait, en outre, de la pesanteur dans le bas-ventre et dans les reins. Elle avait été, à plusieurs reprises, examinée et soignée par différents médecins qui avaient diagnostiqué, les uns une métrite, les autres un abaissement de l'utérus. Aucune médication, sans en excepter de nombreuses cautérisations n'avait réussi à la soulager. Nous trouvâmes l'anus déchiré et béant, mais il nous fut impossible de constater un abaissement de l'utérus ou une métrite ; un examen attentif, au contraire, nous permit de reconnaître un relâchement très marqué de la symphyse pubienne ».

Cependant il ne faudrait pas attacher une trop grande importance au relâchement des symphyses et commettre l'erreur contraire, ce que Tarnier déclare lui être arrivé dans un cas où la femme dut aller chercher et trouver la guérison en Angleterre.

Pronostic. — Pendant la grossesse, la douleur peut s'atténuer et disparaître, mais le relâchement ne rétrograde pas ; même il s'accroît jusqu'à la fin de la période d'expulsion. Seul le repos peut modérer son accroissement.

Pendant l'accouchement, certains auteurs ont pensé

qu'il aurait une influence sur la marche du travail. Les muscles abdominaux ne retrouvant pas un point d'appuisuffisant pendant leur contraction, celle-ci serait moins efficace et le travail ralenti. C'est l'opinion de Baudelocque. Pour Cazeaux, les femmes suspendent leurs efforts afin d'éviter la douleur provoquée par l'engagement de la tête fœtale.

On a dit que les mouvements des articulations pelviennes étaient profitables à l'évolution normale de la gestation. Le rôle principal des articulations ainsi modifiées, serait de faciliter la décomposition des mouvements et d'atténuer les secousses qui se produisent pendant la marche. L'utérus gravide qui repose sur les fosses iliaques est de cette façon, mieux à l'abri des ébranlements dont la ceinture pelvienne est fréquemment le siège.

Plus généralement on croit que l'accouchement est rendu plus facile et plus prompt. Desormeaux, Smellie (1) ont signalé des faits où l'expulsion n'avait pu avoir lieu spontanément que grâce au relâchement des articulations.

Korsch (2) a fait des études expérimentales sur ce sujet et il a conclu dans le même sens.

Nous avons cité plus haut, le rôle providentiel du relâchement symphysaire dans la cyphose lombaire. C'est qu'en effet, dans ce cas, le rétrécissement siège au ni-

1. Smellie *Traité théor. et prat. des acc. trad. franç.* Paris 1774. t. III.

2. Korsch *loc. cit.*

veau des diamètres transverses du détroit inférieur, et on sait que l'écartement des deux pubis est le plus propre à augmenter les dimensions du diamètre. Voilà pourquoi le relâchement et l'écartement consécutif de la symphyse pubienne, quand ils sont portés à un degré suffisant favorisent si notablement l'accouchement.

Par contre, Feuillet (1) Joyeux (2) admettent, et cela nous paraît assez probable, que le relâchement des symphyses est une cause prédisposante à leur inflammation; les tissus modifiés par la grossesse, n'offriraient plus une résistance assez grande à l'envahissement par l'élément morbide. C'est d'ailleurs l'avis de Tarnier (3).

Rémy (5) dit que cette affection prédispose également à un accident qui survient parfois pendant l'accouchement, c'est-à-dire à la rupture des symphyses. Il est toutefois bien rare de voir la rupture se produire spontanément, à moins qu'on ajoute à la force de la contraction naturelle, l'emploi du forceps et plus spécialement du forceps de Levret.

Après l'accouchement, le pronostic est bénin, du moins chez la grande majorité des femmes, car nous avons vu qu'il y avait de tristes exceptions. La maladie guérit d'elle-même, la malade étant forcée de garder le repos du fait de son accouchement et cela au moins pendant une semaine.

1. Feuillet th. Paris, 1865.

2. Joyeux, th. Strasbourg, 1842.

3. Tarnier *Traité de l'art des accouchements*,

4. Remy. *arch. tocol.* 1889, vol. 16.

Traitement. — *Pendant la grossesse*, la première indication à remplir est le repos. Puisque les femmes souffrent moins quand elles sont étendues sur le dos, il est rationnel de leur conseiller de rester ainsi le plus possible, jusqu'à ce qu'elles ne souffrent plus et puissent marcher.

Tarnier enseignait (1) qu'il ne fallait rien tenter pendant la grossesse ni pendant l'accouchement. Il comptait sans doute sur ce que les femmes qui avaient besoin d'un traitement par suite de leurs souffrances et de leur incapacité au travail, se soumettraient forcément et d'elles-mêmes au repos.

Trousseau qui a traité la question avec une grande compétence (2), recommande le repos comme absolument nécessaire.

La balnéation répétée s'est montrée un calmant de premier ordre. On donnera les bains chauds ou tièdes et prolongés, tous les jours ou tous les deux jours.

Nous avons obtenu de bons résultats de compresses imprégnées de XX à XXX gouttes de salicylate de méthyle. On les appliquait au niveau de la symphyse souffrante, et on les remplaçait une fois par jour au début pour en arriver à une seule par vingt-quatre heures. La douleur était calmée après peu de temps, mais l'effet était nul sur le relâchement proprement dit, du moins à ce qu'il nous a semblé.

Trousseau avait imaginé un autre mode de traite-

1. Tarnier. *Journ. des sages-femmes*. 1895, p. 361.

2. Trousseau. *Leçons de clin. médic.* t. 3.

ment, car il avait remarqué, ainsi que beaucoup d'autres d'ailleurs, que si le repos était bon, il n'était pas toujours suffisant. Il s'appuyait sur le raisonnement suivant qui est la logique même :

Pour les besoins de la marche bipède, le bassin humain doit être doué d'une solidité à toute épreuve. Si le sacrum avait été mobile sur les ischions, si les pubis n'avaient pas été solidement unis, la marche n'eût pas été possible, car le poids du corps eût inévitablement entraîné la disjonction des os du bassin. Or, quand le relâchement des symphyses met obstacle à la locomotion, il faut artificiellement les consolider ; mettre un cercle à ce bassin dont les douves sont écartées ; suppléer à l'insuffisance momentanée des moyens de contention intrinsèque ; c'est-à-dire par un bandage constricteur qui rapproche les unes des autres les surfaces symphysaires un moment éloignés.

Aussi afin de remplir ce but, Trousseau enseignait-il le bassin dans une ceinture de coutil, qui passait en arrière au niveau des articulations sacro-iliaques, et sur les côtés, à la fois sur la fosse iliaque externe et les grands trochanters ; les deux extrémités se rejoignaient sur le pubis. Ce procédé lui servait même pour affirmer le diagnostic. Si les femmes qu'il garnissait d'une ceinture provisoire, retrouvaient aussitôt une partie de l'intégrité de la locomotion et se tenaient plus aisément debout, il était certain qu'il s'agissait d'un relâchement des symphyses. Dans les

quatre observations qu'il a publiées, le résultat a été confirmatif.

Tarnier n'admet pas au cours de la grossesse, l'usage des bandages contentifs, parce qu'ils sont inutiles et souvent mal supportés. Cependant, on pourrait en tirer du profit dans les grands relâchements, sauf à les abandonner ensuite s'ils provoquent de la gêne.

Pendant l'accouchement. — Si on craint la rupture de la symphyse pubienne, on surveillera avec grande attention l'écartement, par le contact d'un doigt. Si on redoute l'accident, au moment de la descente de la tête, on maintiendra les os coxaux en les pressant concentriquement avec les deux mains. L'efficacité de ces moyens reste à prouver.

Pendant et après les suites de couches. — Repos rigoureux dans le décubitus dorsal. On devra le maintenir le plus longtemps possible, deux mois et même davantage s'il est nécessaire.

La cautérisation a réussi à la femme qui fait l'objet de notre observation n° 1. Après chaque séance de pointes de feu faites sur le pubis, en face de l'articulation, la douleur était presque nulle jusqu'au lendemain. Malgaigne a ainsi guéri une femme.

On pourra obtenir quelques avantages des bains froids, des douches, des bains de mer, auxquels on ajoutera les toniques et les astringents.

Mais le plus souvent on devra recourir à la contention directe du bassin. Dans ce but, de nombreux moyens ont été préconisés; nous allons les énumérer dans l'ordre de leur importance; ils soulagent souvent,

mais il arrive également qu'aucun d'eux ne guérit les malades :

Bandage de corps, serviette, alêze ; ceinture de toile ou de coutil ; on les maintiendra avec des sous-cuisses.

Ceinture de gymnastique, ordonnée fréquemment par M. Bonnaire ;

Bande d'Esmarch, employée avec succès par Labat ;

Ceinture de cuir de Boyer, matelassée à l'intérieur ;

Bandage plâtré ;

Ceinture de Charrière, en toile.

Tous ces moyens sont simples et peu coûteux, mais ils présentent tous un défaut à un degré variable : ils gênent la marche et n'appuient que sur les articulations sacro-iliaques ; en avant ils arrivent au-dessus du pubis.

Il existe deux appareils contentifs qui donnent d'excellents résultats lorsqu'ils sont bien appliqués ; ce sont la ceinture de Tarnier et Panas et la ceinture de Martin.

Le 7 février 1877, le professeur Panas présente à la société de chirurgie, un appareil qu'il a imaginé de concert avec Tarnier, afin de remédier à un relâchement douloureux des symphyses.

Il se compose de deux pelotes latérales qui prennent point d'appui sur les fosses iliaques externes. En arrière se trouve une courroie ; en avant deux tiges métalliques qui peuvent glisser l'une sur l'autre et rapprocher les pelotes ; chaque pelote est aussi munie

d'une vis qui peut la rapprocher ou l'écarter de la pelote du côté opposé.

Cette ceinture agit dans le même sens que la ceinture de Martin, avec cette différence, suivant l'inventeur, qu'elle est mieux tolérée et peut être portée au lit. Elle est applicable a tous les relâchements des symphyses.

La ceinture de Martin fut présentée par Danyau en 1850, à la société de chirurgie, dans un mémoire très favorable.

Elle se compose d'une bande d'acier de 3 millimètres de largeur environ, formant un cercle métallique complet. Cette bande fait ressort. On la place de manière à ce qu'elle se trouve au-dessous de la crête iliaque qui l'empêche de glisser en haut, et au-dessus des grands trochanters qui la maintiennent en bas. On serre en avant le plus qu'on peut. Elle doit être fabriquée sur mesure et retouchée jusqu'à ce que l'adaptation en soit parfaite. Les femmes s'habituent très bien à la porter; les débuts sont quelque peu pénibles, mais assez vite elle devient indispensable. Certaines la quittent avant de se coucher, d'autres la conservent au lit.

Elle est surtout nécessaire aux malades que leur situation n'autorise pas à rester au repos. Celles qui sont dans la nécessité de travailler ou de vaquer aux besoins de leur ménage, peuvent grâce à la ceinture de Martin, continuer leurs occupations, car elle met le bassin dans les meilleures conditions possibles pour résister aux fatigues et à la marche. On a raconté l'histoire de

femmes qui aussitôt après le placement de cette ceinture, ont pu faire plusieurs kilomètres sans souffrir, alors que le matin du même jour, elles étaient incapables d'exécuter quelques pas.

La durée du temps pendant lequel les malades doivent porter leur appareil est généralement assez longue. Et, une fois la guérison obtenue, du moins en apparence, la récurrence peut survenir brusquement, tel le cas observé par Tarnier :

Une femme qu'il avait soignée pour un relâchement douloureux des symphyses et qui se pensant guérie, avait quitté sa ceinture, fut au cours d'une promenade, effrayée par un taureau. Elle s'enfuit aussi rapidement qu'elle put, et dans sa course, elle dut s'arrêter soudain après avoir ressenti une violente douleur au pubis. Ensuite elle ne put marcher, réduite à l'impotence du début. Le port de la ceinture la guérit de nouveau.

On voit par notre exposé, tous les bienfaits que l'on peut attendre d'une ceinture appropriée et bien placée ; rapportons-nous en à l'opinion de Tarnier qui affirme en avoir obtenu des guérisons miraculeuses.

Cependant il ne faut pas compter sur un succès constant. La ceinture ne réussit pas dans tous les cas, et c'est dans l'un d'eux que Tarnier, de concert avec M. Routier, était décidé à pratiquer la symphyséotomie ; une nouvelle grossesse chez la femme à opérer, seule l'en empêcha. Nous croyons savoir qu'il y eût recours dans une autre circonstance, et cela avec succès.

OBSERVATION 1

P..., 25 ans, fleuriste.

Antécédents héréditaires. — Mère et tante maternelle rhumatisantes.

Antécédents personnels. — A marché de bonne heure, mais a été arrêtée par une maladie qui serait survenue à la suite d'une vive émotion : on dut ensuite la promener dans une petite voiture.

Réglée à 13 ans, régulièrement. Vives douleurs pendant la période des règles.

Jamais de maladie antérieure, sauf quelques douleurs erratiques, probablement d'ordre rhumatismal ; n'a jamais souffert de ses articulations pelviennes.

Première grossesse en 1893 ; accouchement spontané à terme d'une fille vivante, restée bien portante.

Vers le septième mois de cette grossesse, la femme P... est tombée dans son escalier ; elle ressentit au moment de la chute une vive douleur au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. Cette douleur persista jusqu'à l'accouchement sans changer de caractère. Pendant l'accouchement, l'enfant s'était présenté par le siège ; le dégagement de la tête demanda 4 heures, alors que le siège était déjà expulsé. La malade se lève le huitième jour des suites de couches quoiqu'elle souffrit beaucoup, particulièrement quand elle allait à la selle ; la marche était très douloureuse ; la station assise était tolérable, et les douleurs étaient surtout diminuées lorsque le corps penchait en avant.

Neuf mois après ce premier accouchement, comme la femme P... souffrait toujours autant, elle se présenta à l'Hôtel-Dieu où elle fut admise et soignée par M. Bonnaire, pendant

un mois. Le traitement consista en pointes de feu au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, bains et lavements ; un calme relatif s'ensuivit. Cependant on était décidé à pratiquer la coccytomie, lorsqu'on s'aperçut que la malade commençait une deuxième grossesse.

L'amélioration ne dura que 3 mois. Ensuite les douleurs augmentèrent et s'exagérèrent jusqu'à la fin de la deuxième grossesse. Elles ne restèrent pas cantonnées à l'articulation du sacrum et du coccyx, mais envahirent l'articulation sacro-iliaque des deux côtés et la symphyse pubienne. A tel point que lorsque la malade était assise, elle ne pouvait se relever qu'en appuyant ses mains sur la symphyse pubienne ou sur les articulations sacro-iliaques. Elle cherchait ainsi à soutenir les différentes pièces de son bassin et à les réunir, car il lui semblait que tout allait se disloquer. Quand elle marchait dans sa chambre, elle était obligée de s'appuyer aux murs ou de s'accrocher aux meubles. La malade dut abandonner tout travail. Vers le 7^e mois de sa grossesse, elle fut admise à l'asile Michelat et y resta un mois. Durant ce temps, elle ne prit que des bains comme toutes les autres femmes et ne garda même pas le repos au lit. Elle en sortit pour aller à l'Hôtel-Dieu accoucher à 8 mois, d'un enfant pesant 2 k. 600.

A la suite de la deuxième grossesse, elle resta couchée pendant 5 semaines, ressentant de vives douleurs aux articulations du bassin et surtout à l'articulation sacro-coccygienne. Ces douleurs ont persisté jusqu'au jour où nous l'avons vue, c'est-à-dire pendant 4 ans 1/2. Il est vrai que pendant ce temps, la malade n'a suivi aucun traitement. Enfin, ayant appris que M. Bonnaire était à Lariboisière, elle est venue le consulter.

A l'examen, nous retrouvons chez la femme P..., les signes les plus nets d'un relâchement des symphyses.

Les articulations sacro-iliaques droite et gauche, la symphyse pubienne sont douloureuses à la pression. Il en est de même lorsqu'on appuie sur les os iliaques en un point plus ou moins éloigné des articulations ; la douleur est ressentie à leur niveau et non au point pressé.

Si on emploie le procédé du professeur Budin, on constate un mouvement de bascule des deux corps du pubis, qui paraît poussé à l'extrême.

Le toucher vaginal avec deux doigts, et pression sur les articulations sacro-iliaques, en regard de l'échancrure sacro-sciatique, est encore plus douloureusement ressenti que la pression externe.

Les troubles fonctionnels sont également très accusés. La station debout ne peut être prolongée un peu sans que le besoin d'un point d'appui se fasse sentir. Pendant la marche chaque pas réveille la sensibilité et l'exagère.

Traitement. — Première application des pointes de feu au niveau de l'articulation sacro-coccygienne ; les douleurs sont calmées pendant quatre à cinq jours. Une deuxième application est faite au même endroit et aussi aux articulations sacro-iliaques droite et gauche. En outre on recommande le plus possible le repos dans le décubitus dorsal ; mieux sensible.

La malade soulagée n'a pas été revue.

OBSERVATION 2

Eugénie D..., 26 ans, cuisinière.

Antécédents héréditaires. — Mère rhumatisante.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure. A

eu quelques douleurs dans les articulations des membres, mais jamais d'attaque vraie de rhumatisme.

Grossesse de sept mois.

Toutes les articulations du bassin sont douloureuses à la pression, pendant la station assise et debout. La marche en exagère la sensibilité.

Par le toucher vaginal, si on appuie l'extrémité des doigts sur les symptômes sacro-iliaques alternativement du côté droit et du côté gauche, la malade se plaint vivement. La pression avec la face palmaire du pouce, exercée sur les corps du pubis, reste sans effet, tandis qu'elle est douloureuse à un haut degré en regard de la symphyse pubienne.

Le procédé du professeur Budin dénonce un mouvement de bascule très accusé des deux parties du pubis.

On conseille à la malade le port d'une ceinture de gymnastique.

Elle revient 15 jours après et dit se trouver bien de son traitement, cependant ces articulations sont toujours fort sensibles.

On ajoute au traitement des compresses imprégnées de 30 gouttes de salicylate de méthyle, à appliquer chaque soir sur les parties douloureuses. La malade n'est pas revenue.

OBSERVATION 3

Marie F..., 37 ans, ménagère, 1 pare.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel.

Grossesse actuelle de 6 mois. P P = 11 utilisable 9.5.

Etant montée sur une échelle, elle est tombée en arrière, se faisant une contusion dans la région lombo-sacrée croite. douleur qui a pris naissance quelques jours après la chute et qui a augmenté depuis.

A l'examen, douleur à la pression au niveau de l'articula-

tion sacro-iliaque droite. Rien du côté symétrique gauche. Quand on frappe du point sur l'os iliaque droit, au-dessus de la tête fémorale, douleur ressentie à l'articulation sacro-iliaque correspondante.

Toucher vaginal avec 2 doigts : douleur vive à l'articulation sacro-sciatique correspondante.

La femme se tient facilement debout, mais c'est en faisant reposer le poids du corps sur la jambe du côté sain. La marche est relativement aisée, mais pénible.

Traitement.— Compresses imbibées de salicylate de méthyle, recouvertes de taffetas gommé et repos.

La malade revue 15 jours après se trouvait beaucoup mieux. On lui conseilla de continuer le traitement.

OBSERVATION 4

T..., 23 ans, mécanicienne, 1 pare.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Nuls.

Actuellement enceinte de 8 mois. La grossesse n'a rien présenté de particulier, sauf que depuis 15 jours, en faisant marcher la machine, elle ressent des douleurs dans le bas-ventre; ces douleurs ne se produisent que pendant le travail. La marche, la station debout ou assise ne sont nullement pénibles. Cependant, lorsque le matin à son réveil, cette femme veut se lever et fait un effort pour s'asseoir sur son lit, elle endure de la souffrance dans la région de la symphyse pubienne. Elle ne localise pas autrement sa sensation et ce n'est que par l'examen qu'on reconnaît le siège exact de cette douleur.

En effet, la pression digitale au niveau de l'interligne fibro-cartilagineux du pubis, réveille de la douleur; celle-c

n'existe nullement si on presse dans les parties limitrophes.

Le doigt recourbé, la pulpe dirigée vers le pubis, et appuyant sur la voûte de l'arcuatum, donne naissance à la même impression. La femme étant couchée sur le côté gauche on appuie fortement sur l'os iliaque droit et la femme se plaint de sa symphyse pubienne. Le choc du poing sur le grand trochanter ne fournit aucun résultat.

Le signe du professeur Budin ne montre rien d'exagéré dans les mouvements articulaires.

Aucune douleur des articulations sacro-iliaques, soit par pression externe, soit par pression interne.

Traitement. — Repos pendant quelques jours et applications de compresses de salicylate de méthyle.

La femme revue 8 jours après dit ne plus rien ressentir. Il est vrai qu'elle a cessé tout travail à la machine.

OBSERVATION 5

C.... 22 ans lingère, 1 pare.

Pas d'antécédents héréditaires. — Antécédents personnels. — A eu il y a six mois une douleur rhumalismale du genou survenue à la suite de refroidissement et qui a nécessité le repos au lit pendant plusieurs jours.

Grossesse actuelle 6 mois 1/2.

La femme examinée pour sa grossesse sursaute chaque fois que les mains arrivent en contact avec le pubis. Notre attention est ainsi attirée vers la symphyse, d'autant mieux que cette femme nous dit ressentir de vives souffrances du côté du bas-ventre. Nous pratiquons sur le pubis, la pression digitale et la malade jette un cri ; le doigt appuie ensuite sur le bord inférieur du pubis ; l'impression est au moins

aussi pénible. Recherchant s'il n'existe pas de douleur des articulations sacro-iliaques, nous en trouvons également.

Cependant nous remarquons que la recherche de la sensibilité, en d'autres régions du corps, nous donne un résultat identique. Points d'hyperesthésie sous les seins, hyperesthésie ovarienne, à droite et à gauche. Enfin la malade déclare avoir eu des crises de nerfs. De plus, quand on a soin de distraire son attention, en la faisant interroger par une autre personne, on peut presser aussi fortement et aussi souvent qu'on le veut sur cette symphyse pubienne si douloureuse il y a un instant, et cela sans provoquer la moindre sensibilité.

En voulant pratiquer le toucher vaginal, nous remarquons que la femme cherche à se dérober à l'exploration ; il existe du vaginisme, et comme nous retirons le doigt couvert de pus, et qu'après avoir appuyé sur l'urèthre d'arrière en avant, nous en faisons sourdre quelques gouttes du même pus, nous concluons à une blennorrhagie chez une hystérique.

OBSERVATION 6

T..., 21 ans, mécanicienne, 1 part.

Sa mère a eu quelques douleurs névralgiques ; elle-même en a souffert.

Actuellement enceinte de 7 mois, sa grossesse n'aurait rien présenté de particulier si, il y a huit jours, elle n'avait commencé à endurer des douleurs dans le bas-ventre et dans le dos. Cela s'est produit au moment de l'engagement de la tête fœtale, car elle dit que son ventre qui remontait haut, s'est tout à coup affaissé, et qu'elle eût à partir de ce moment

de la pesanteur dans le bas-ventre, des envies fréquentes d'uriner et de la constipation.

Depuis, elle reste difficilement debout ; elle ne peut marcher quelque temps sans se fatiguer. Comme elle demeure au cinquième étage c'est pour elle un supplice d'arriver jusqu'à son logement ; elle souffre un peu moins pour descendre ses escaliers.

Elle ne peut rester couchée sur le dos, mais seulement sur le côté gauche, et si elle veut se retourner dans son lit ou s'y asseoir, elle souffre.

Il lui semble qu'elle s'enfonce dans son bassin et, particulièrement lorsqu'elle va à la selle, elle redoute d'accoucher. Elle craint que son bassin se détache.

Douleur de la symphyse pubienne à la pression ; douleur au niveau des points d'insertion des ligaments antérieurs ; douleur sacro-iliaque droite et gauche ; signe du professeur Budin avec relâchement d'environ deux millimètres ; douleur rétro-pubienne. Rien par le toucher profond avec deux doigts.

Traitement. — Repos ; cessation de tout travail à la machine ; bains ; compresses de salicylate de méthyle. La malade revue huit jours après, affirme qu'après deux ou trois jours de compresses de salicylate de méthyle, les douleurs spontanées ont à peu près disparu ; la pression provoque une légère sensibilité.

Continuation du traitement. Le mieux s'accroît ; plus rien aux symphyses.

OBSERVATION 7

B... 33 ans, ménagère, septième grossesse.

Pas d'antécédents héréditaires. — Antécédents personnels:

A eu il y a longtemps des névralgies persistantes ; jamais de maladie grave.

Grossesse actuelle à terme.

Toutes les autres grossesses ont été à terme ; les enfants étaient très petits. Aucune douleur du fait des grossesses passées.

Depuis quinze jours, elle reste difficilement debout ; elle ne peut travailler. Quand elle va laver son linge au lavoir, il lui semble que son ventre va tomber dans sa boîte, dit-elle. Si elle urine, elle craint d'accoucher ; son tronc s'enfonce entre ses hanches.

Douleur provoquée par la pression sur la symphyse pubienne.

Douleur à l'articulation sacro-iliaque droite. Rien à gauche.

Douleur par chocs sur le grand trochanter droit ; elle se manifeste à la symphyse pubienne. Rien par suite des chocs sur le grand trochanter gauche.

La pression manuelle sur les fosses iliaques externes ne fournit aucune indication.

Signe du professeur Budin. Le relâchement symphysaire semble atteindre deux millimètres.

Le toucher profond occasionne une violente douleur du côté droit.

Traitement. — Repos ; compresses de salicylate de méthyle chaque jour. La malade revue accuse un mieux sensible. Continuation du traitement.

CONCLUSIONS

1° La grossesse entraîne, en règle générale, un relâchement des symphyses du bassin.

2° Cette règle comporte des exceptions.

3° Le relâchement est d'autant plus commun et d'autant plus accusé que le nombre des grossesses antérieures est plus grand.

4° Il n'y a pas évolution parallèle entre le degré de relâchement et le degré de douleur des articulations pelviennes. Certaines femmes ont des jointures douloureuses, d'autres ne souffrent pas avec un bassin quasi disloqué.

5° Les professions nécessitant la station debout prolongée ou la marche avec port de fardeaux, prédisposent au relâchement et à l'arthralgie.

6° L'arthritisme est un élément étiologique important.

7° La recherche des symphyses du bassin au point de vue de la mobilité et de la douleur, mérite de constituer un temps spécial de tout examen obstétrical.

8° Nombre d'affections douloureuses, abdomino-pelviennes peuvent être confondues avec le relâchement douloureux des jointures du pelvis.

9° Le relâchement des os du bassin, sauf en ce qui concerne le bassin cyphotique, ne doit pas être considéré

comme une modification providentielle destinée à favoriser l'expulsion du fœtus.

10° Le relâchement douloureux ou non, peut persister longtemps après l'accouchement, au point de rendre la femme impotente.

11° Le traitement, pendant la grossesse, est à peine palliatif; il repose principalement sur l'immobilisation. Après l'accouchement il peut être indispensable de revenir au port de bandages contentifs spéciaux.

Vu par le président de la thèse

BUDIN

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Par ordre alphabétique des auteurs

- BACH. — Th. Strasbourg, 1832.
- BALLANTYNE. — Diseases of infancy, 1891.
- BAUDELCOQUE. — Art. des acc., 1796, 3^e édit., t. 1, p. 28.
- BOIVIN (Mad.). — Traité des mal. de l'utérus et des annexes.
Paris, 1833.
- BONNAIRE. — Art. disjonction des symphy. Tarnier et Budin,
t. III, p. 898.
- BRAUN K. — Ueb. symphysen locker. u. symphysen ruptur.
Arch. f. Gynæk., 1894, t. XLVII, p. 105.
- BUDIN. — Progrès médical, 1875, p. 716. Obstétr. et gynéc.
p. 377, 1886.
- CAZEAUX. — Traité d'accouch., 1874, p. 518.
- CHARPENTIER. — Traité d'accouch., t. I, 661.
- COURTY. — Compte rendu à la clin. chir. de Montpellier,
1850.
- CROUZAT. — Pratique obstétric., 1882.
- CUBERTAFOU — Polyarthr. pelv. dans la puerper., th. Paris,
1894-95.
- DUBOIS B. — Quelq. considér. sur la marche des affect. artic.
pendant la grossesse, th. Paris, 1879.
- DUNEAU M. — Mécan. de l'accouch. traduit. Budin, p. 150,
1876.
- FEUILLET. — Des arthr. du bassin qui surviennent pendant
la grossesse et après l'accouch. Th. Paris, 1865.

FRAISSE. — Disjonct. de la symphy. du pub. pendant l'accouch. th. Paris; 1882.

HAMON. — Rupt. de la symphy. du pubis pendant l'accouch. Journ. accouch. Liège, 1882, p. 42.

JOYEUX. — De l'inflam. des symphy. après les couches. Th. Strasbourg, 1842.

KORSCH. — Zeitschr. für Geb. u. G., Bd. VI, p. 10, 1881.

LENOIR. — De l'art. des accouch., 1865.

LUDOVIC DANIEL. — De disloc. oss. in partu, 1670.

MARTIN F. — Soc. de chirurgie, rapport de Danyau, 1850.

PANAS. — Bulletin de la soc. de chirurgie, 1877, p. 116.

PARÉ A. — Œuvres revues par Malgaigne, 1840, t. III.

PHOENOMENOW. — Zur Lehre v. d. kyphot. Beck. n. d. Rupt. d. Beckengel, etc. Zeitschr. f. Geburt. u. Gynæck., 1882, t. VII, p. 254.

PIGEOLET. — Rev. médico-chirurgic. de Paris, 1848, t. III, p. 268.

REMY. — Relâch. et rupt. symphys. bass. Arch. tocol., 1889, n° 4.

SMELLIE. — Traité théor. et prat. des accouch. trad. franç., Paris, 1771, t. III.

SOUCHET. — Mémoire de la société roy. de méd., t. I, p. 314.

TARNIER. — Traité de l'art. des accouch., t. II, p. 259, 1886.

TROUSSEAU. — Union médic., 28 mars 1865. Clin. médic., 1873, t. III, p. 810.

WALCHER. — Archiv. f. Gynäkol., LVI, 1. Dickinson american journal of obstetric. déc. 1898. Compte-rendu dans la Sem. médic., 1898, p. 376.

ZAGLAS. -- Monthly. J. of medic. sc. november 1851, p. 489.

